Comisión de Hacienda
Carpeta Nº 966 de 2016

Versión Taquigráfica N° 923 de 2017

INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA INTEGRANTES DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD

Implementación de una sobrecuota de inversión para su financiamiento

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 5 de abril de 2017

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante Alfredo Asti (ad hoc).

MIEMBROS: Señores Representantes Sonia Cayetano, Jorge Gandini, Benjamín Irazabal, Nicolás Lasa, Gonzalo Mujica, Gustavo Penadés, Iván Posada, Diego Reyes, Conrado Rodríguez y Alejandro Sánchez.

INVITADOS: Por el Ministerio de Salud Pública, doctor Jorge Basso, Ministro; licenciado Aníbal Suárez, Adjunto, y licenciada Soledad Acuña, Directora de Comunicaciones.

Por la Junta Nacional de Salud, economista Arturo Echevarría, Presidente.

Por el Ministerio de Economía y Finanzas, economistas Martín Vallcorba y Leticia Zumar.

SECRETARIO: Señor Eduardo Sánchez.

PROSECRETARIA: Señora Sandra Pelayo.

SEÑOR SECRETARIO.- Está abierto el acto.

No estando presentes el presidente ni el vicepresidente, corresponde elegir presidente ad hoc.

SEÑOR PENADÉS (Gustavo).- Propongo al señor diputado Asti.

SEÑOR SECRETARIO.- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota)

——Seis en siete: AFIRMATIVA.

(Ocupa la Presidencia el señor representante Asti)

SEÑOR PRESIDENTE AD HOC (Alfredo Asti).- Dese cuenta de los asuntos entrados:

"1) Asociación Nacional de Empresas de Transporte Carretero por Autobús (ANETRA). Solicitud de audiencia. Tema: Aranceles de tarjetas de crédito y débito, en el transporte público. (Asunto 134226). (A la Carpeta 239/15).

(Se distribuyó por correo electrónico con fecha 29/03/2017)

2) Cooperativas Nacionales Financieras Aliadas en Red. (CONFIAR) Solicitud de audiencia. (Asunto 134227). (A la Carpeta 13/15).

3) Confederación Empresarial del Uruguay (CEDU). Solicitud de audiencia. Tema: Aranceles de tarjetas de crédito y débito. (Asunto 134228). (A la Carpeta 239/15).

(Se distribuyó por correo electrónico con fecha 30/03/2017)

4) CAMBADU. Solicitud de audiencia. Tema: Aranceles de tarjetas de crédito y débito. (Asunto 134252). (A la Carpeta 239/15)

(Se distribuyó por correo electrónico con fecha 31/03/2017)".

——En virtud de que pueden estar involucrados temas de ética, quiero solicitar que la Comisión envíe al Colegio de Contadores, Economistas y Administradores del Uruguay y a la Facultad de Ciencias Económicas la versión taquigráfica de la sesión a la que concurrió el señor presidente del Banco Central del Uruguay para tratar el asunto del Cambio Nelson y, en particular, las irregularidades que se encontraron desde el punto de vista de la presentación de estados contables.

(Apoyados)

(Ingresan a Sala autoridades del Ministerio de Salud Pública, de la Junta Nacional de Salud y del Ministerio de Economía y Finanzas)

——La Comisión de Hacienda tiene el gusto de recibir al Ministerio de Salud Pública, representado por el ministro, doctor Jorge Basso; por el adjunto, licenciado Aníbal Suárez, y por la Directora de Comunicaciones, licenciada Soledad Acuña; a la Junta Nacional de Salud, representada por su presidente, el economista Arturo Echevarría, y al Ministerio de Economía y Finanzas, representado por los economistas Martín Vallcorba y Leticia Zumar.

Estamos analizando un proyecto que hace un tiempo remitiera el Poder Ejecutivo relativo a sobrecuotas de inversión para las instituciones de asistencia médica colectiva. Ya recibimos a las direcciones que representaban a la mayoría de estas instituciones y ahora corresponde conocer la visión del Poder Ejecutivo, tanto desde el punto de vista del Ministerio de Salud Pública, como del órgano rector, que es la Junta Nacional de Salud y, obviamente, también del Ministerio de Economía y Finanzas, por las incidencias que tiene este tema en el tratamiento presupuestal.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA (Jorge Basso).- Es un gusto estar en la Comisión de Hacienda de la Cámara de Diputados.

En realidad, el motivo de la presentación de este anteproyecto de ley para vuestra consideración -que oportunamente fue enviado el año pasado- tiene que ver con una segunda versión de la sobrecuota de inversión.

Recordemos que desde el año 2013 en adelante se ejecutó la primera versión -única hasta ese momento- de una sobrecuota de inversión que trataba, básicamente, de incorporar a los prestadores -en este caso, privados- un conjunto de recursos transitorios -así decía el proyecto original- para acondicionar su infraestructura, su equipamiento, su tecnología y su sistema de registros a través de la historia clínica electrónica, para asumir el incremento en el número de usuarios que el proceso de la reforma sanitaria hasta ese momento había trasladado al sector privado.

Desde ese año se presentaron distintos proyectos que, en su oportunidad, fueron evaluados por los organismos competentes, en los cuales están representados tanto los Ministerios de Economía y Finanzas y de Salud Pública, como el Banco de Previsión Social, los prestadores y los propios usuarios y trabajadores en la Junta Nacional de Salud. Con el visto bueno de la Junta Nacional de Salud, se procedió a establecer las partidas correspondientes que en esa primera versión estaban vinculadas aproximadamente a un 3% de los ingresos que tenían los prestadores a través del Fonasa.

Al momento actual, hacemos una evaluación positiva de lo que fue ese proceso de inversión. Cualquiera que recorra el país, a lo largo y a lo ancho, ve al sector salud en obras. El sector privado ha hecho importantes mejoras desde el punto de vista edilicio, de infraestructura y de incorporación de tecnología. Si bien buena parte de las historias clínicas electrónicas -aspiramos a que se generalice para todo el sistema- tienen desarrollos desiguales, muestran evolución en todos los prestadores y el plan ha sido ejecutado en su gran mayoría. Prácticamente quedan tres instituciones que todavía tienen pendiente esa sobrecuota de inversión para ejecutar, pero en valores mínimos. En realidad, se ha venido ejecutando y se ha hecho un control de la Junta Nacional de Salud con toda la documentación correspondiente, a los efectos de verificar el buen uso de esos recursos.

Este anteproyecto que tienen a consideración tiene que ver con una sobrecuota de inversión que, en términos económicos, es algo menor que la primera. Esta corresponde al 2% de los ingresos, no es el 3% original. Si bien hay que considerar que el universo vinculado al Fonasa se ha incrementado, de alguna manera siempre resulta algo menor y, básicamente, obedece a una circunstancia que nosotros queremos comentar porque nos parece que es lo que da cuenta del porqué de esta iniciativa en este momento del proceso del sector salud.

Como saben los señores diputados, hay una serie de objetivos que tienen que ver con la importancia que, cuando uno incrementa la cobertura, se debe dar al tema de la calidad de las prestaciones. Cuando se amplía la cobertura asistencial y el derecho a la salud se extiende a buena parte de la población, uno de los temas que se debaten a lo largo y a lo ancho del mundo es la importancia de poner la lupa en el control de la calidad de la atención.

Los señores diputados verán que uno de los objetivos que tiene este segunda sobrecuota de inversión tiene que ver con potenciar los sistemas de información, básicamente, porque la única forma sobre la cual hay evidencia histórica en materia de control de calidad de atención, tiene que ver con las auditorías, con los controles y eso en el mundo moderno significa sistemas de información.

Hace algunos años atrás, cuando no existía el formato electrónico, las auditorías de las historias clínicas se hacían de la manera tradicional, trabajando con el papel, con lo que muchas veces significa entender la letra de los colegas y las horas- hombre que demandaba el cruzamiento de información.

Poner énfasis en la calidad de la atención, significa ponerlo en los controles de auditoría de la calidad de la atención y eso está muy vinculado al desarrollo de los sistemas de información. En un Estado que, necesariamente, debe modernizarse, tenemos el objetivo de que buena parte de los sistemas de control, de monitoreo y de fiscalización dependan fuertemente de los sistemas de información, no solo en el sector salud, sino en todo el Estado y que, de alguna manera, dialoguen con sistemas que sean interoperables y que permitan ir sumando datos para tener información potente para controlar, entre otros temas, el de la calidad de la atención.

En ese aspecto, una de las razones de esta sobrecuota de inversión tiene que ver con la aspiración de tener completa para fines de 2017 y principios de 2018 la historia clínica electrónica nacional, que en nuestro país va a tener la particularidad de que no va a estar basada en un solo *software*. Como ustedes saben, desde hace tiempo ha habido un desarrollo de los distintos operadores vinculados a la atención de la salud, por lo cual hay distintos formatos de historia clínica. Entonces, la historia clínica electrónica nacional es una historia interoperable, es decir que permite la extracción de datos de los distintos sistemas de *software* que existen en el país. La tecnología actual permite la compatibilidad de los distintos formatos de historia clínica de las instituciones, con una base de datos interoperable común, que además debe manejar un lenguaje que también pueda ser interoperable a nivel internacional; porque cuando uno viaja, se encuentra con este problema. Con la colaboración de Agesic haremos que la historia clínica nacional tenga una interoperatividad que haga factible que en cualquier país del mundo se pueda acceder a ella.

El segundo componente que se plantea para esta segunda sobrecuota de inversión tiene que ver con el enorme desafío que significa para el sistema mejorar la calidad del gasto y asegurar el uso racional de los recursos. En los considerandos del anteproyecto de ley y en su articulado se hace mucho hincapié en que estamos ante un verdadero desafío: asegurar el buen uso de los recursos destinados al sector salud. Tenemos el gran desafío de que cuarenta y tres prestadores integrales de salud -uno de los cuales es el público; después tenemos servicios privados de distintas características: instituciones médicas colectivas, seguros privados, en fin, un universo amplio y heterogéneo de prestadores- que inicialmente están en una lógica de competencia entre sí logren articularse y conformar un sistema. Un sistema es, por definición, algo más que la suma de las partes.

Entonces, la articulación, la complementación, las sinergias, constituyen un desafío que tiene el proceso de construcción del sistema, que se ha venido expresando en una serie de convenios de complementación a lo largo de estos años -hay más de trescientos cincuenta convenios de complementación- y que aspiramos a que, justamente, logre evitar ineficiencias resultantes de la superposición de recursos o de la utilización inadecuada, a veces por un desarrollo excesivamente vinculado a la competencia entre los propios prestadores. Eso determina, por ejemplo, que en lugares del interior donde nacen cuarenta niños por mes haya tres y hasta cuatro maternidades. En realidad, ahí hay una sinrazón en materia de equipamiento y de recursos humanos que no son eficientes, que también se expresa muchas veces en la subutilización de la tecnología, con equipos muy costosos que no son accesibles en todo el territorio, sino exclusivamente a determinados sectores de usuarios.

Entonces, queremos ver cómo evitar el exceso de la tecnología y apuntar más a la adecuada utilización de los recursos existentes y a que la eventual incorporación de nueva tecnología, que siempre es necesaria en un sector de salud tan dinámico y tan innovador, logre los mejores resultados en términos de eficiencia. Eso significa -es parte del desafío que tenemos- estimular la compra y venta de servicios, emprendimientos que puedan desarrollarse de forma conjunta. Hay muchos ejemplos de puertas únicas de emergencia, policlínicas únicas en las cuales atiende más de un prestador, en fin, servicios que permitan algo que para nosotros es muy importante, que es el concepto de sistema y de racionalidad para mejorar la calidad del gasto.

A modo de ejemplo, la manera más gráfica para identificar nuestro objetivo es que cualquier habitante de este país en cualquier lugar del territorio, si tiene necesidad de atenderse -no digo en una situación de emergencia, porque en ese caso cualquier prestador tiene la obligación legal de atenderlo, sino ante una situación de urgencia, que no sea un cuadro dramático-, pueda ir a cualquier prestador, independientemente de cuál sea el prestador de origen, y atenderse sin estar identificando los eventuales convenios que su prestador tenga con la red de servicios asistenciales de la zona donde se traslada.

Entonces, la idea de esta segunda sobrecuota de inversión tiene también que ver con promover el desarrollo de infraestructuras en términos de complementación, apuntando a estructuras que logren esas sinergias que busca cualquier sistema y en particular un sistema de salud, tan desafiante en términos de lograr los mejores y más eficientes resultados en cuanto al gasto que la sociedad brinda a dicho sector. Es decir que esta segunda sobrecuota de inversión también busca -además de controlar y de promover a través de indicadores y de auditorías la competencia sana entre los prestadores por indicadores de calidad- estimular todas las áreas de complementación, buscando las adecuadas sinergias, evitando ineficiencias fruto de no utilizar racionalmente los equipamientos existentes.

En ese sentido, seguramente dentro de muy pocas semanas, haremos una presentación de lo que hemos denominado “mapa sanitario”, que recoge todo lo que existe en el sector salud a lo largo y a lo ancho del territorio nacional en materia de infraestructura, equipamiento, recursos humanos, tecnología. Así, seguramente, podremos identificar -como ustedes presumen- áreas donde hay una sobreinstalación de estructuras y otras donde hay debilidades en lo que respecta a la distribución de la tecnología. A través de este esfuerzo, iremos logrando que las decisiones en materia de nuevos emprendimientos tengan como norte una racionalidad en la distribución y en torno a la utilización y control del uso adecuado de los recursos existentes. Este es un tema para nosotros trascendente en términos de profundización de la reforma. La reforma se llama “Sistema Nacional Integrado”, está financiada por un seguro de salud, pero en la medida en que logremos que sea cada vez más sistema y cada vez más integrado, obviamente, el seguro que lo financia podrá ser más lógico y más autosuficiente en cuanto a atender las necesidades crecientes de la población.

Esta segunda sobrecuota de inversión tiene ese objetivo, no es más de lo mismo, no es una nueva sobrecuota para seguir insistiendo en el desarrollo institucional propio, como si el resto del sistema no funcionara, sino justamente para profundizar el sistema y controlarlo mejor, con sistemas de información potentes, con mecanismos que nos permitan controlar la calidad de atención y el gasto, porque esas son las herramientas que la sociedad moderna tiene para estar segura de que los dineros van a donde tienen que ir.

Tenemos enormes tareas por delante para potenciar toda la información en tiempo real de cómo se gestionan los recursos en el sector salud. Y eso no se logra ni con voluntarismo ni agrandando el Estado ni poniendo más gente a recorrer. Esas cosas están superadas. Hoy se logra cruzando información y viendo la información que se quiere analizar y no la que se quiere mostrar. Es necesario ver las incongruencias de la información, el cruzamiento de información y tener un equipo profesional, no necesariamente numeroso, que identifique lo que se quiere encontrar. Ese es un desafío muy importante en cualquier reforma de salud y particularmente en el sector salud, donde se mueven muchísimos intereses y en donde la rectoría necesita potencia. Reitero: potencia no en términos numéricos, en cuanto a gordura o a estructuras que no respondan a estas necesidades, sino que requiere mucha voluntad para adoptar herramientas que permitan cruzar información, para tener procedimientos ágiles que superen el análisis del gasto a balance terminado. Ese es un concepto que no responde a la realidad. Hoy necesitamos mecanismos de gestión en tiempo real y eso se logra cruzando información, teniendo información útil, racional. Por eso, bueno parte de esta sobrecuota de inversión está pensada con esa lógica.

Reitero que el otro desafío es procurar que el sistema sea cada vez más sistema y que la competencia entre los cuarenta y tres prestadores sea en torno a la calidad de la atención, con indicadores, con mecanismos que estimulen las buenas prácticas, en procura de seguir avanzando en la complementación de los servicios, muchos de los cuales están siendo motivo de análisis de las distintas cámaras. Seguramente, como parlamentarios, ustedes han recibido o recibirán distintas inquietudes acerca de la marcha de los mecanismos de complementación. Hay distintas experiencias con distintos desarrollos y alcances. Es un tema muy importante; parte del corazón de la reforma es ver cómo estimulamos la utilización racional de los recursos, evitando la exclusiva lógica de la dura y pura competencia, en la cual cada uno de los prestadores quiere tener absolutamente todo, como si el resto de las instituciones no existiera. Cuando uno analiza institución por institución, puede ver que muchas veces el equipamiento tiene capacidad ociosa, es decir, hay recursos subutilizados a los que no tienen acceso todos los usuarios del territorio, independientemente de cuál sea el prestador.

Este es un desafío desde el punto de vista institucional y político- institucional muy complejo, que requiere muchas herramientas, a las cuales estamos tratando de dar el mayor apoyo posible.

En ese sentido, en los primeros días del mes de mayo, estamos pensando en llevar adelante una serie de instancias con todos los actores del sector salud para hacer una aproximación a un balance de lo que ha venido siendo la reforma en estos años, y tratar de identificar una serie de temas que nos parecen sustantivos. La idea es generar un intercambio, aunque no necesariamente, para buscar consensos. En la salud, entre los múltiples actores y los conflictos de intereses, no siempre es posible lograrlo, pero sí, tratar de acordar la agenda de temas en los que tenemos que trabajar para hacer que la reforma sea útil y eficiente y continúe logrando cobertura, pero poniendo énfasis en la calidad de atención. Creo que ahí hay muchos elementos para trabajar y para generar ese intercambio de opiniones.

Naturalmente, es un tema de enorme sensibilidad para toda la población y también para el sector político. Ya hemos dicho -lo reiteramos en cada oportunidad que tenemos- que las grandes reformas se hacen con los mayores consensos políticos. Por lo tanto, en su momento, también trasladaremos estos debates al ámbito que corresponda.

En particular, el tema de complementación ha sido especialmente discutido. En las últimas semanas, hemos intercambiado con las cámaras de los distintos colectivos que representan a los prestadores distintas opiniones acerca de cómo venimos con ese tema. Inclusive, algunas de estas cámaras nos han pedido tiempo para hacer un análisis en materia de perspectiva, para tratar de valorar cuán eficientes vienen siendo esos convenios de complementación y cuál es el futuro que puede determinarse a partir de ellos. Creo que es oportuno darnos ese tiempo, pero con la firme convicción de que existe una responsabilidad institucional del Estado para que los dineros públicos apunten a mejorar la calidad, a controlar el gasto, a asegurar que los dineros vayan a donde tienen que ir y a utilizar racionalmente toda la estructura existente.

Ese mapa sanitario al que se hacía referencia va a ser una herramienta muy importante para nosotros, porque el Ministerio tiene una altísima demanda para el ingreso de nuevas tecnologías. Precisamente, tiene que ver con algo que en el mundo existe, que es toda la innovación en tecnología en el sentido más amplio. Obviamente, hay que estar muy atentos en este tema, dado que, muchas veces, la incorporación de la tecnología no sustituye la existente, sino que se suma a ella. Eso determina que haya que ser muy racional con la toma de decisiones, y para eso nos parece muy adecuado conocer en detalle, de la manera más precisa posible, todo lo existente, a los efectos de saber si hay que incorporar nueva tecnología o utilizar más racionalmente la existente. Quizás, haya que hacer ambas cosas, pero reitero que, a la hora de tomar la decisión, se precisa mucha información

Tenemos que ver la forma en que los distintos colectivos de la población acceden a lo existente, así como que no sea patrimonio de algunos y que tenga la mayor distribución en el territorio, muchas veces, superando estructuras muy vinculadas con esa visión metropolitana o montevideana, donde históricamente se concentró buena parte de esas tecnologías.

Este es un tema que tiene muchas aristas, es muy complejo, pero nos parece que necesariamente hay que encararlo.

Esta sobrecuota de inversión apunta a potenciar los sistemas de información para saber realmente lo que está pasando y no solamente a balance terminado, sino a tiempo real, que se cruce la información con el resto del Estado y, a su vez, que lo nuevo que hagamos tenga una visión sistémica y no exclusivamente un desarrollo propio, institucional, a los efectos de lograr los mejores resultados en términos de eficiencia y de calidad del gasto del sector salud.

Esta es una introducción. Estoy acompañado de tres economistas que pueden brindar más detalles.

SEÑOR VALLCORBA (Martín).- Es un gusto poder participar nuevamente en la Comisión, en este caso, para comentar y aportar el punto de vista del Poder Ejecutivo con relación a este proyecto de sobrecuota de inversión.

Quisiera complementar lo planteado por el señor ministro de Salud Pública, pero no desde una lógica asistencial sino, por un lado, en lo que tiene que ver con el diseño y el financiamiento del Seguro Nacional de Salud y cómo se inserta la sobrecuota de inversión en ese marco y, por otro, tratando de incorporar ese análisis en lo que es la situación fiscal general del país.

Como señalaba el señor ministro, el antecedente que tenemos es la sobrecuota que empezó a implementarse en el año 2013. La iniciativa de enviar el proyecto de ley que habilitó el pago de la sobrecuota se acordó con las instituciones de asistencia médica colectiva en el marco de las diversas instancias de diálogo y negociación. En aquel momento, este instrumento surgió durante las negociaciones que se daban a nivel del Consejo de Salarios.

Esta segunda iniciativa de sobrecuota de inversión también surge en el marco de las conversaciones que se venían manteniendo durante las negociaciones que las instituciones estaban desarrollando en el Consejo de Salarios. Es por eso que, en setiembre de 2015, se llegó a un acuerdo de hacer una nueva edición de la sobrecuota de inversión, con características diferentes a la anterior, sobre todo, en cuanto al monto, que es más reducido, y ese es el marco en el cual surge este proyecto.

Me interesa complementar la visión asistencial con la lógica del financiamiento, es decir: ¿por qué es necesaria una sobrecuota de inversión? Desde el Poder Ejecutivo, visualizamos lo que es el sistema de financiamiento de las instituciones de asistencia médica colectiva en un sistema en el cual la cobertura, a través del Seguro Nacional de Salud, se ha ido expandiendo y hoy alcanza a un poco más del 90% del total de usuarios. O sea que, el financiamiento de las instituciones recae, fundamentalmente, en lo que son los pagos que se realizan desde el Fonasa. En ese marco, la ley original de reforma de la salud previó que los pagos debían realizarse a las instituciones a través de la cuota salud. Esta cuota salud tiene dos componentes fundamentales: una cápita, ajustada por riesgo, aproximada a través de variables vinculables al sexo y a la edad de las personas, y las metas asistenciales. Esas son las dos fuentes de financiamiento básico que tienen las instituciones.

La comisión es consciente de que la discusión sobre la metodología de la determinación de la cápita y su valor es un tema que está en debate y lo hemos analizado en diversas instancias. Hay un acuerdo básico, que ya estaba implícito en el cálculo original de la cápita y, en este momento, estamos en un proceso de diálogo con las instituciones para definir las bases de lo que sería el nuevo cálculo de la cápita. En ambos casos, se reconoce que uno de los componentes del costo de las instituciones a contemplar y a financiar a través de la cápita tiene que ver con lo que nosotros denominamos inversiones de reposición. ¿Qué es esto? El desgaste que tienen el equipamiento, los edificios y los distintos activos fijos de las instituciones, que se va generando a lo largo del tiempo.

Los recursos necesarios para financiar esa inversión están reconocidos en el valor de la cápita a través de lo que es la amortización. Por lo tanto, en la medida en que las instituciones reconocen contablemente una amortización -que es la aproximación al desgaste que van teniendo esos bienes-, ese costo está incorporado en la cápita y financiado a través de ella. Por lo tanto, las instituciones están en condiciones de hacer frente a lo que es la inversión de reposición necesaria para seguir funcionando.

En ese esquema de financiamiento a través de la cuota de salud, con un componente de cápita y uno de metas asistenciales, con la metodología de cálculo de la cápita, lo que no está financiado tiene que ver con las inversiones nuevas, las inversiones incrementales. Estas inversiones incrementales pueden surgir, por ejemplo, por la ampliación de la cantidad de usuarios, que fue lo que sucedió a comienzos de la reforma, en la cual hubo una incorporación muy importante de nuevos colectivos a la atención a través de las instituciones de asistencia médica colectiva. Esa es una inversión incremental que no se puede financiar con la amortización porque, en definitiva, no se trata de reponer, sino de aumentar la capacidad instalada.

Otros ejemplos de inversiones incrementales pueden derivarse de cambios regulatorios, de incorporación de nuevas prestaciones o cambios en la forma de brindar determinadas prestaciones como, por ejemplo, cuando se redujo el número de pacientes por hora. En ese caso, la modificación sobre la cantidad de pacientes que se atienden por hora puede significar que las instituciones requieran mayor infraestructura para poder atender a la misma cantidad de usuarios. Otro ejemplo de inversión incremental podría ser cuando incorporamos una nueva prestación, si requiere de algún tipo de inversión. Otro ejemplo podrían ser los aspectos vinculados con la historia clínica electrónica, que también señalaba el ministro Basso.

La parte de las inversiones necesarias para que las instituciones funcionen adecuadamente no se financia a través de la cápita; ese es el fundamento para incorporar una sobrecuota de inversión que atienda a esos aspectos. La original tuvo un énfasis muy importante en lo edilicio, precisamente, porque, como producto del aumento de la cantidad de usuarios, muchas instituciones estaban requiriendo un incremento de esa capacidad. Aún hoy, siguen existiendo instituciones que mantienen esa necesidad, producto del crecimiento que han tenido, además de los aspectos de la historia clínica electrónica que mencionaba el señor ministro.

Ese es el fundamento y el origen de este proyecto que, reitero, surge de un acuerdo al que se llegó en setiembre de 2015, que se presenta como proyecto de ley en mayo de 2016 y que tiene que ver con los cambios que sucedieron entre setiembre de 2015 y el día de hoy. En setiembre de 2015, estábamos en el Parlamento discutiendo el proyecto de ley de presupuestos. En el año 2016, producto de los cambios en el contexto internacional y regional, fue necesario adoptar un conjunto de medidas, en algunos casos, de postergación de gastos, que habían sido aprobados en el año 2015. Eso implicó que un poco más de $ 2.500.000.000, que estaba previsto que se ejecutaran en el año 2017 y que comprendían a varios organismos, desde la Administración Central hasta organismos del artículo 220 de la Constitución, incluidos la ANEP, la Udelar y ASSE, fueran postergados.

Por lo tanto, consideramos que la discusión sobre esta iniciativa, que desde el punto de vista del diseño entendemos que tiene un fundamento claro, debe ser analizada en el marco de los cambios que sucedieron en el año 2016 y que implicaron un conjunto de ajustes en las previsiones de gasto establecidas en la Ley de Presupuesto.

Este elemento debe estar arriba de la mesa y ser parte de la discusión en cuanto a la oportunidad. Acá no estamos discutiendo sobre el instrumento y sobre la razonabilidad del instrumento; debemos establecer la oportunidad que el parlamento le debe dar a este proyecto.

Para poner algún número arriba de la mesa, el diseño previsto es que equivalga hasta un 2% de los ingresos por cuotas individuales, colectivas y cápitas que se cobran en períodos de 12 meses, con 3 meses de

interrupción y luego otros 12 meses. Es decir, hay un financiamiento a lo largo de 24 meses por el cual, considerando los niveles actuales de las cápitas y las cuotas individuales y colectivas, estaríamos hablado de una erogación del orden de los $ 2.100.000.000 a lo largo de estos 27 meses, 24 de financiamiento y 3 de descanso.

Estos son los fundamentos del diseño en el marco del esquema de financiamiento del seguro, los elementos de contexto macro económico y algún elemento sobre el impacto específico que esta medida tendría en términos de mayores pagos por parte del Fonasa y que, dada la situación actual, implica un mayor aporte de Rentas Generales.

SEÑOR MUJICA (Gonzalo).- En primer lugar, quisiera saber la cantidad de proyectos aprobados y en qué etapa se encuentran

En segundo término, quisiera conocer las erogaciones realizadas en relación a esos proyectos y si tienen una visión más global.

En tercer lugar, si esta sobrecuota de inversión puede significar o no un incremento de los descuentos del Fonasa que se realizan a los trabajadores.

SEÑOR PENADÉS (Gustavo).- Quisiera saber cuántos proyectos de inversión han sido presentados ahora y en anteriores oportunidades, cuántos han sido aprobados y cuál es el grado de ejecución y el control efectivo que desde la Junasa y desde el Ministerio de Salud Pública se lleva adelante.

Me imagino que al señor Ministro y a las autoridades les habrá llegado la versión taquigráfica de la visita que realizaron algunas instituciones médicas a la Comisión con relación a este proyecto de ley. Por lo tanto, nos gustaría conocer sus opiniones referidas a dos temas que, por lo menos en la Comisión, causaron sorpresa. El primero está relacionado con que estas instituciones apreciarían que esta sobrecuota de inversión no se diera solamente en una oportunidad, sino que se instaurara como un hecho permanente, para poder atender las exigencias en inversiones que están siendo requeridas por parte del sistema.

El segundo asunto refiere a una afirmación que nos llamó la atención a varios señores parlamentarios.

Se sostenía que cada socio que ingresaba a estas instituciones generaba déficit o pérdida, no ganancia. Esta fue una afirmación que a varios de nosotros nos llamó la atención.

Además, quisiéramos conocer qué capacidad tienen la Junasa y el Ministerio de Salud Pública para controlar, en esta nueva instancia, lo que se pretende hacer. Si mal no entendí, está relacionada con el proceso de informatización del Sistema Nacional Integrado de Salud, bastante difícil de controlar en cuanto al nivel de avance y a la concreción. Nos gustaría conocer la opinión del señor ministro sobre este asunto.

SEÑOR GANDINI (Jorge).- Nadie parece tener mucho apuro por este proyecto de ley. Es tan importante su objetivo y, sin embargo, hace un año que entró al Parlamento. Nadie lo ha animado mucho, ni desde el Poder Ejecutivo ni desde la propia comisión y me gustaría saber qué nivel de prioridad y de necesidad tiene esta iniciativa.

Lo que establece el artículo 1º es una facultad, o sea que ni siquiera el Parlamento cuando lo vota está seguro que se va a poner en práctica, porque lo que hace es dar un marco legal para que, si el Poder Ejecutivo dispone de los recursos necesarios y la voluntad política, lo realice, pero ni siquiera está obligado. No es que se va a poner en marcha esta sobrecuota de inversión, sino la facultad para que esto se haga.

Además, como decía el diputado Penadés, es por única vez, es la segunda, y la paga el Estado; no sale de las instituciones ni de las personas. Yo tengo cifras diferentes a las que me pareció escuchar. Por lo tanto, me gustaría que se nos vuelva a decir cuál es el costo que va a tener la implementación de esta sobrecuota de inversión para las arcas públicas.

Me había quedado la cifra de $ 500.000.000, unos US$ 17.000.000, pero ahora entendí que era bastante más que eso y va a estar distribuido en dos ejercicios, porque esa sobrecuota se va aplicando paulatinamente y tiene un plazo de 24 meses con un entretiempo de 3 meses a mitad de la ejecución. Me gustaría saber cuál es el monto total.

Está claro que solo podrán tener este beneficio aquellas instituciones que cumplieron con la etapa anterior; me gustaría saber cuáles quedan afuera. Debe haber algunas instituciones que no han terminado de cumplir con los compromisos de la primera sobre cuota.

SEÑOR PRESIDENTE.- Recién decía el diputado Gandini que no ha habido un tratamiento de este proyecto desde su ingreso en mayo de 2016 hasta que hace pocas semanas, las propias instituciones de asistencia médica colectiva vinieron a comisión.

Se plantea la importancia y la razonabilidad de instrumentar una segunda etapa de este proceso de aumento de sobrecuota de inversión, así como también la oportunidad. El economista Vallcorba hablaba de los egresos financieros que esto implicará al Estado, teniendo en cuenta que el aporte al financiamiento del Fondo ya es muy importante y creciente. Allí tenemos una próxima instancia de modificaciones presupuestales en la Rendición de Cuentas y podríamos evaluar el tema en su conjunto.

El tema de la oportunidad no va solamente por lo financiero en el sentido de cuánto aporta el Estado en esta sobrecuota de inversión -después veremos de nuevo los montos-, sino que creo que debería estar vinculado con un avance en la complementariedad de las instituciones en función de los proyectos que tiene el Sistema Nacional Integrado de Salud. Tampoco sería conveniente una aprobación en este momento en el que se discuten las cápitas.

Respecto a lo que hacía referencia el diputado Penadés en cuanto a que -lo escuchamos todos y está en la versión taquigráfica- por cada afiliado que ingresa las instituciones pierden dinero y la incongruencia de cómo se pelean porque ingresen más afiliados y que pierdan más dinero, si la lógica es esa… Pero no me quiero meter en el tema de las afiliaciones hasta que no se avance en la justicia.

Por lo tanto, pregunto si es el momento adecuado de seguir avanzando en este proyecto o esperamos que haya avances en la complementariedad, en la discusión sobre las cápitas y la aclaración sobre la responsabilidad en las afiliaciones.

SEÑOR IRAZÁBAL (Benjamín).- Agradecemos la visita del señor ministro y asesores.

Quisiera hacer una pregunta que surge de la comparecencia del señor Luis González Machado, representante de las instituciones prestadoras en la Junta Nacional de Salud. Dijo que el endeudamiento del sector es superior a los US$ 700.000.000. Realmente, es una cifra importante. Lo que queremos saber es si esto es de conocimiento del Ministerio, si no pone en riesgo, en alguna medida, las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud y si se ha pensado en algún mecanismo para ir achicando ese déficit o para que no siga aumentando, lo que sucede año a año.

SEÑOR ECHEVARRÍA (Arturo).- Voy a tratar de contestar las preguntas por el orden en que fueron formuladas.

La primera refería a cuántos proyectos ha habido. Concretamente, cuarenta y una instituciones presentaron proyectos y fueron aprobados; algunas instituciones presentaron más de un proyecto a lo largo del tiempo o plantearon proyectos superpuestos, abarcando distintas áreas de infraestructura que se pretende acomodar, revitalizar o mejorar. El proceso de aprobación de estos proyectos tiene un ida y vuelta: no quiere decir que deben ser aprobados tal cual se presentan, sino que puede haber interacción con el ministerio y propuestas de cambio desde la propia cartera, solicitudes de adecuación, rechazo parcial y pedido de reformulación. En fin: hay todo un proceso de intercambio hasta que se llega a la aprobación del proyecto en acuerdo con las instituciones. Por lo tanto, no podemos decir que hay proyectos no aprobados: los que se presentaron lo fueron, pero no exactamente como ingresaron.

El control que se realiza por parte de la Junasa se hace a través de toda la documentación que debe respaldar la obra que se está haciendo, en la medida en que el concepto “obra” es el más importante dentro de los gastos que se realizan. Esto implica el análisis de los gastos realizados para la ejecución de la obra, documento a documento, y la visita por parte de miembros del Ministerio de Salud Pública para observar la realización de la obra en sí misma. A veces esto se lleva a cabo muy formalmente, a través de la revisión de los planos y de lo que se debería haber construido; inclusive, a menudo hacemos nuestra propia visita para ver cuál es la obra para la que se solicitó asistencia.

En estos momentos estamos terminando de recibir un detalle de cada una de las instituciones, en donde se nos presenta la memoria de todo lo hecho con la sobrecuota de inversión. Tratamos que esa memoria tenga un formato que nos permita hacer una comparación entre todas las instituciones y donde realmente figure lo realizado. Cabe aclarar que los montos presupuestados para las obras en las instituciones de las que estamos hablando llegan a $ 4.300.000.000, pero por ahora se han ejecutado $ 3.503.000.000. Es decir que todavía hay obras pendientes, de forma importante, aunque no con dinero de la sobrecuota de inversión. Para dar un ejemplo claro: yo puedo presentar al ministerio la idea de que necesito hacer una obra que cuesta $ 100, pero las veinticuatro cuotas de un porcentaje de los afiliados que yo tengo, pueden representar $ 50. La obligación es que el 70% lo ponga el fondo y el 30% la institución. O sea que si tengo $ 50, más el 30% de esa cifra, estaríamos en $ 65, por lo que si la institución estima que la obra vale $ 100, tiene que haber un compromiso de su parte de poner también los $ 35 restantes. En ese caso estamos hablando de que se pondría cincuenta de la sobrecuota de inversión y cincuenta de la institución.

Hay muchas instituciones que ya cobraron el 70% de la sobrecuota de inversión, pero todavía no terminaron de poner su 50%. En su inmensa mayoría aportaron el 15% o el 30% restante para cumplir la relación 70- 30, pero no lo que las instituciones están comprometidas a hacer para culminar las obras.

Esto se asocia con una de las últimas preguntas que tiene que ver con el endeudamiento. Cuando cualquier empresa o institución necesita hacer inversiones a largo plazo, normalmente no lo puede realizar con el movimiento de flujo normal de caja de la institución y necesita préstamos a largo plazo que acompañen la generación de esa infraestructura.

Entonces, una cosa es ver el valor actual del monto de la deuda y otra los compromisos que asume la institución a lo largo del tiempo para repagar un crédito solicitado para realizar determinada obra. Por lo tanto, me adelanto a contestar que el grado de endeudamiento no representa una cifra que nos alarme, en términos globales en el sistema. Quizás alguna institución en particular tenga más dificultades que otra, pero no en términos de los movimientos globales que tiene el sistema en cuanto a la cantidad de dinero.

Según nos decían, hay planteamiento de las instituciones acerca de la permanencia, en el sentido de que exista de forma continuada en el tiempo una sobrecuota de inversión. Creo que eso quedó contestado por el economista Vallcorba, en la medida en que una cosa son los ingresos que reciben las instituciones por cuota salud y otra los gastos extra para realizar inversiones que no son de reposición. Esto es lo que estamos tratando de cubrir con la sobrecuota de inversión; por lo tanto, no podemos convertir una situación extraordinaria para un momento del tiempo, en función de determinada situación, en un pago permanente. Nosotros asistimos con la sobrecuota de inversión determinadas mejoras de infraestructura, fundamentalmente, generadas por el incremento en la cantidad de usuarios que reciben estas instituciones, y por estos otros factores a los que hacía referencia el economista Martín Vallcorba, como el cambio de la modalidad de atención; por ejemplo, en la medida en que en el mismo espacio van a entrar menos pacientes por hora, necesariamente, debo tener más consultorios. También se hace referencia por parte de las instituciones a que los equipos nuevos que vienen a sustituir a los anteriores son de otro porte y de otro valor en dinero, por lo que no alcanza con la reposición para cubrir su costo. Esos planteos hablan de un aspecto extraordinario en el tiempo por lo cual estamos absolutamente en desacuerdo con la consideración de la permanencia en el tiempo, por eso el proyecto dice: “por única vez”.

En cuanto a la consideración de que cada socio genera déficit al ingresar, por supuesto que la situación de todas las instituciones no es la misma: unas tienen balances más positivos y otras tienen balances negativos. Ahora bien, la búsqueda de un mayor factor de escala en cada una de las instituciones, determina que estén en competencia por los usuarios y eso es totalmente contradictorio con decir que no quieren nuevos socios porque significarían un mayor gasto. Creo que lo que estaba detrás de esa frase es: “Venimos discutiendo con el Poder Ejecutivo acerca del valor de la cápita y queremos que sea mayor”, pero al día de hoy no encontramos fundamento en ese sentido. Entendemos que hay muchas oportunidades de mejorar la eficiencia de las instituciones y en buena parte eso pasa por la complementariedad que explicaba el ministro, lo que hace necesario que no dupliquemos o tripliquemos esfuerzos de infraestructura y de personal en determinadas situaciones para tener un ámbito de competencia. Lo que queremos es, precisamente, complementariedad. Pensamos que en la medida en que el sistema esté mucho más complementado también habrá oportunidad de que sea más eficiente, y la cápita que hoy se está pagando a las instituciones alcanzaría para eso. Esta es una discusión que no está terminada -estamos procesándola- pero, en principio, esa es nuestra postura.

En cuanto a la posibilidad de controlar la historia clínica electrónica, nosotros somos parte de Salud.uy, que es el lugar dentro del gobierno con participación de la Agesic que está siendo el principal motor del desarrollo de la historia clínica electrónica. Previo a la presentación de este proyecto, le solicitamos una evaluación del grado de evolución de la historia clínica en cada una de las instituciones, las cuales fueron calificadas de acuerdo a ciertos parámetros de avance relativos a cada una de las áreas y al grado de situación en que estaban. Entonces, nos planteamos un esquema en el cual necesitamos la participación de Salud.uy para asegurarnos de que lo que destinemos como dinero de sobrecuota de inversión al avance de la historia clínica electrónica, realmente se transforme. O sea que tenemos una medición de punto de partida y seguiremos teniéndolas a lo largo del tiempo para ver cómo avanza esto. Si se destina dinero por sobrecuota de inversión a estos fines, habrá el correspondiente análisis, para lo cual contamos con la ayuda de la Agesic.

SEÑOR VALLCORBA (Martín).- Quedaron algunas preguntas sin responder.

En relación a lo que consultaba el diputado Mujica, debo decir que la sobrecuota no está vinculada con los aportes que hacen los trabajadores. En el esquema de financiamiento que tenemos hoy por los trabajadores y los pasivos se realizan aportes en función de sus niveles de ingreso y la composición del núcleo familiar; esos son los recursos que obtiene el Fonasa, por aportes personales y patronales, y luego están los gastos que se realizan por pagos de cuotas de salud, a lo cual se sumaría la sobrecuota.

Por eso yo señalaba que en la medida en que para cubrir los gastos del Fonasa se requieren aportes de Rentas Generales, este proyecto que implica un aumento del gasto a cargo del Fonasa por concepto de sobrecuota, significaría un mayor financiamiento a cargo de Rentas Generales, pero esto no tiene relación con los aportes que realizan los usuarios.

Quiero complementar el tema del endeudamiento y del resultado general de las instituciones y del sistema. Con respecto al endeudamiento, creo que es importante reconocer que estamos frente a un sistema heterogéneo. Por lo tanto, cuando uno analiza el sistema en su conjunto, en una multiplicidad de variables, cuando estudiamos las variables sobre todo económicas y financieras, podemos llegar a conclusiones que no sean las más precisas en la medida en que no toman en cuenta esa heterogeneidad. En realidad, las instituciones tienen niveles de endeudamiento muy disímiles: algunas vienen con un nivel de endeudamiento muy importante, no de ahora, no desde que se implementó la reforma, sino desde antes. Históricamente, algunas han tenido niveles de endeudamiento muy elevados, por lo que el Parlamento estableció mecanismos específicos para atender esas situaciones. En ese sentido, tenemos el fondo de garantías de las IAMC que, entre otras cosas, tiene como objetivo permitir a las instituciones que vienen con problemas del pasado reestructurar sus pasivos y su funcionamiento a los efectos de mejorar su situación económica y financiera y su viabilidad económica.

Entonces, cuando uno analiza el endeudamiento, debería diferenciar del resto a aquellas instituciones que desde hace muchísimo tiempo vienen con niveles de endeudamiento elevados, lo cual ha afectado todos sus resultados, sobre todo financieros. Cuando uno mira al resto, no observa que haya un aumento del endeudamiento por afiliado, que es la variable relevante. Si yo tengo un sistema que crece en número de afiliados y debo hacer frente a inversiones que, como señalaba el economista Echevarría, en parte tienen que ser financiadas por las propias instituciones, uno tiene que contemplar ese crecimiento en términos de endeudamiento, y particularmente por afiliado.

Vinculado con esto, quería hacer una precisión sobre uno de los puntos señalados por el señor diputado Gandini en el sentido de que esto no lo paga todo el Estado.

Como señalaba el economista Echevarría, en el proyecto anterior de sobrecuota, la distribución era un 70% con financiamiento de sobrecuota a cargo del Fonasa y un 30% con cargo a las instituciones. En el nuevo proyecto, eso se modifica, pero se mantiene un financiamiento que, en este caso, es del 10% de cargo de las instituciones. Entonces, los proyectos tienen una parte de financiamiento de las instituciones. El resto sí se financia con sobrecuota y, como decía, implica un financiamiento a través de Rentas Generales.

Finalmente, el último comentario que quiero realizar es en relación a la oportunidad y al apuro que ya comenté en mi primera intervención.

Además de los otros temas que hay que evaluar en términos de la oportunidad, en lo que es estrictamente la discusión sobre el gasto público, estamos entrando en una etapa de discusión y evaluación de prioridades en

materia del gasto. Por ende, parecería que en este nuevo contexto económico que tenemos en el país, la discusión debería procesarse en el marco de cuáles son las prioridades en materia del gasto que propone el Poder Ejecutivo y que termina definiendo el Parlamento en el marco de la discusión de la propia Rendición de Cuentas; de todos modos, esa es una opinión. Considerando todos estos elementos, tendríamos que ver cuál es el momento para valorar cómo se inserta esto dentro del conjunto del gasto del sector público.

Con respecto a los montos, no sé de dónde surgió la cifra de los $ 500.000.000. Cuando uno mira el estado de resultado de las instituciones, se observa que ha habido un aumento importante de los ingresos, producto de la incorporación de nuevos colectivos y del aumento de los pagos por colectivos ya existentes. Las instituciones han aumentado sus ingresos a partir de julio del año pasado porque se incorporaron colectivos que antes estaban en ASSE y algunos pasaron a las instituciones de asistencia médica colectiva; estamos hablando del último grupo de pasivos que se incorporó al seguro. Además de los afiliados individuales que se incorporaron en el marco de lo que preveía la ley como usuarios Fonasa, se incrementó el valor del ingreso para la institución, porque antes pagaban una cuota individual que en promedio podía estar en el orden de los $ 1.500 ó $ 1.600 y, en algunos casos, las cápitas por esos colectivos están arriba de los $ 3.000 ó $ 3.500. Entonces, tenemos que ver la foto actual de los ingresos que tienen las instituciones por afiliados individuales, colectivos y cápitas. Cuando uno considera ese valor, que está próximo a los $ 4.500.000.000 mensuales, incorporado el crédito fiscal, que es necesario incluir en el análisis, a los efectos de tener el conjunto de ingresos -cuota individual, cuota colectiva, crédito fiscal asociado a los afiliados individuales y colectivos y cápitas- y calcula lo que es el 2% de esos ingresos, en veinticuatro meses nos está dando esta cifra, algo mayor a los $ 2.100.000.000 que comentaba. Todo eso no se va a ejecutar en un año.

Por ejemplo, la sobrecuota anterior se ejecutó esencialmente durante tres años y medio. Quedaron algunas colas y algunos empezaron antes, pero el grueso de la sobrecuota se ejecutó sobre fines del año 2013, durante 2014, 2015 y principios de 2016. Ese es el impacto que uno podría pensar que se va a estar dando en un período de aproximadamente unos tres años. Son veintisiete meses que se cobra la sobrecuota, pero algunos proyectos demoran en presentarse. Como se comentaba, hay todo un trabajo previo a la aprobación de los proyectos, a los efectos de poder adecuarlos a lo que son las definiciones de los objetivos sanitarios que tiene el Ministerio y a los elementos de complementación que fueron señalados. Todos estos elementos hacen que haya un trabajo con las instituciones cuando se presentan los proyectos y que, en algunos casos, la aprobación su proyecto difiera un poquito en el tiempo.

SEÑOR GANDINI (Jorge).- La cifra sale de unas respuestas que nos dio el contador Porcaro -consta en la versión taquigráfica-, cuando estuvo aquí y dijo: “Quiero aclarar que yo puedo manejar montos de Montevideo, no los de todo el país porque incluiría a las empresas nucleadas en Fepremi.

En 2015 tuvimos la actual sobrecuota de inversión en sus máximos niveles. Las instituciones de Montevideo recibimos $ 500.000.000. […] De ese monto, aproximadamente la mitad corresponde a sobrecuota […]”, de un monto que maneja. Y continuaba: “Por tanto, volvemos a los $ 500.000.000 de 2015. Creo que estamos hablando de $ 500.000.000 anuales para instituciones de Montevideo”. O sea que los $ 500.000.000 son de un año y para Montevideo, por lo que podría estar coincidiendo con la cifra que nos daban, que me gustaría que quedara nuevamente explicitado que son unos $ 2.100.000.000.

Para que quede claro cuál es el monto presupuestal, me gustaría saber si ese es el aporte del 90% que estaría haciendo el Fondo o es el 100%, del cual las instituciones tendrían que poner un 10%.

SEÑOR VALLCORBA (Martín).- Con la explicación que se plantea ahora, creo que las cifras coinciden, porque además durante un año hay instituciones que de repente no están recibiendo los doce meses de sobrecuota. Entonces, cuando uno considera todos esos elementos y analiza los veinticuatro meses de todas las instituciones, estamos hablando de una cifra del orden de los $ 2.100.000.000. ¿Por qué digo del “orden de”? Porque, en definitiva, el monto final -estamos hablando del 90% de los proyectos, de lo que se financia con sobrecuota de inversión- es equivalente al 2% de los ingresos por cuotas individuales, colectivas, crédito fiscal y cápitas que tienen las instituciones. Eso varía a lo largo del tiempo porque cambia la cantidad de usuarios y aumenta el valor de las cuotas y las cápitas. Entonces, lo que termina siendo la erogación puede tener variaciones, pero la estimación que podemos hacer hoy, en función de los ingresos actuales, de la cantidad de afiliados actuales y de los valores actuales, anda en el orden de esta cifra.

SEÑOR MUJICA (Gonzalo).- En primer lugar, sobre el tema de las inversiones, me llama la atención que todo el riesgo de la inversión quede hacia el final. Todo el riesgo que asume el sistema termina cayendo en el

último 35% que pone la institución. Como modelo, no sé si es el más eficiente a la hora de controlar, porque si todo se lo da el Fonasa y lo que queda luego para poner al final, para terminar la obra, es la parte que le toca como empresa, me parece que el Fonasa corre un riesgo muy alto de poca ejecución, de obras no finalizadas, etcétera, que luego se transformarán en un problema. Hay que tener en cuenta que estamos hablando de un sistema de salud y no de canchas de fútbol y habrá que financiarlo de alguna manera. Esa es mi reflexión sobre la modalidad. No sé cuántas garantías ofrece un modelo en el cual el particular pone sus recursos al final de la obra. Eso me parece llamativo.

En segundo término, hice una pregunta sobre la relación entre esta sobrecuota y los aportes individuales al Fonasa, precisamente, para discriminar si estábamos hablando de materia presupuestal o de una sobrecuota que luego el Fonasa iba a financiar con todos sus recursos disponibles. Ahora, si estamos hablando estrictamente de un tema presupuestal, me parece muy pertinente la intervención del señor diputado Asti sobre la oportunidad de la discusión. ¿Cuál es la diferencia? Creo que lo tienen bien claro, pero para nosotros los legisladores: si votamos esto, estaríamos aumentando el gasto. Fíjense que estamos hablando de US$ 70.000.000 en tres años; son unos US$ 24.000.000 por año de incremento. Si nosotros lo votamos antes, estamos aumentando la línea de base sobre la cual después nos van a pedir el incremento de gastos para salud pública en US$ 24.000.000, lo que no fue discutido dentro del aumento presupuestal. Eso nos generará un problema. A mí me gustaría discutir todo el incremento de presupuesto, el posible y el no posible, en relación con la situación fiscal, y no votar incrementos previos que, a la hora del debate presupuestal, entren como parte de una línea de base que ya no pueda discutir.

Esta es mi inquietud y como ya ingresamos al debate presupuestal, me parece que la pregunta del señor diputado Asti es bien pertinente y corresponde dejar bien en claro esto. Durante la consideración del proyecto formará parte del debate su pertinencia -estoy a favor de votarlo- y la oportunidad, en virtud de su condición de ser un proyecto estrictamente presupuestal. En ese caso, a mí me genera un problema adicional, porque cuando tengamos que discutir ajustes o incrementos de gasto público yo quisiera hacerlo sobre la línea de base actual -esta en la cual tenemos cuatro puntos de déficit fiscal- y no sobre una que se incrementó en el primer semestre del año con leyes como esta.

SEÑOR PRESIDENTE.- En función de lo manifestado por el señor diputado Mujica, quiero hacer una aclaración.

Con mi planteo no estaba proponiendo que esto se discutiera dentro del presupuesto, porque creo que, inclusive, puede haber alguna limitación constitucional. Siempre los temas del Fondo Nacional de Salud, al ser un seguro social, se han discutido fuera de las instancias estrictamente presupuestales, pero esto desde el punto de vista formal.

Reitero lo dicho en cuanto a que la oportunidad para votarlo sería una vez que tengamos un panorama de la situación en que nos vamos a encontrar para discutir la Rendición de Cuentas.

Quiero hacer una consulta sobre lo manifestado por el señor diputado Mujica. Una vez que las instituciones presentan un proyecto -que tienen que financiar en su mayor parte con el incremento de la sobrecuota de inversiones-, si ese proyecto se frustra porque no logra finalizarse por la falta del aporte directo de las instituciones ¿qué sucede? Quisiera saber si eso ha pasado o si está previsto que, al ocurrir, haya de alguna manera un reintegro al Fondo de la sobrecuota de inversión porque, en definitiva, el objetivo para el cual se recaudó, no se concretó.

Por ejemplo, si el objetivo es construir un edificio y pasados los veintisiete meses no está concluido porque se utilizó toda la sobrecuota de inversión y la institución no consiguió los fondos necesarios como para terminarlo ¿qué pasa con esa cuota?

SEÑOR SÁNCHEZ (Alejandro).- Comparto las preocupaciones derivadas sobre la oportunidad de un debate que se viene, que va a ser un debate importante, el debate presupuestal, porque estamos hablando de recursos públicos que se pueden invertir en un solo lugar.

Pero, además, más allá de la oportunidad y de este contexto -también comparto lo que se ha planteado-, creo que hay más elementos y que hay que seguir recabando y discutiendo, porque las instituciones vinieron a esta Comisión a decirnos que para ellos era un honor que las personas las eligieran, pero que también era un déficit, porque cada persona que ingresaba por el Fonasa le generaba un déficit. Después, supimos que

cuando se abría el denominado corralito mutual, se invertían alrededor de US$ 4.600.000 en propaganda para que la gente optara por alguna de las instituciones. Entonces, es una especie de sinsentido que alguien me diga que cada nuevo afiliado es un déficit y que haga una inversión enorme desde el punto de vista propagandístico para aumentar su déficit.

Agrego una reflexión más general, que no está planteada en la ley y que me preocupa; estoy convencido de que es necesario invertir mucho más en infraestructura de salud, porque hace a la calidad de la atención. Precisamente, esa extensión de los derechos ha tensionado al sistema en su conjunto por la cantidad de personas que hoy gozan de ellos.

Por otro lado, se discute el porcentaje que debe aportar la institución a esa sobrecuota, pero también me gustaría que se conociera qué porcentaje dedican las instituciones a la inversión. De otra manera, podríamos estar cayendo en la paradoja de que con recursos públicos se financiaran ampliaciones en instituciones privadas en el área del primer nivel de atención médica, que es uno de los reclamos importantes de la gente, y que los recursos de esas instituciones fueran solo hacia las áreas más rentables de la salud, desatendiendo el primer nivel de atención, que es una de las prioridades del sistema político. Es un área muy sensible y de las que más preocupan a los ciudadanos, porque es una de las cosas que más reclaman: cuando van a una emergencia, cuando van a atenderse en policlínica, si tienen lugar o no tienen lugar, y eso depende de la infraestructura disponible.

Tal vez, se podría incluir en el proyecto de ley criterios en cuanto a que podrá recibir la sobrecuota cualquier institución que tenga ciertos compromisos de gestión, teniendo en cuenta hacia dónde dirigen el conjunto de los recursos que ellos invierten y no solo que financien el 10%.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Evidentemente, cualquier discusión sobre el sector salud es necesariamente arborescente, es decir, se generan una serie de temas respecto a los cuales se discute en todo el planeta. Periódicamente, recibo información de diversos países del mundo donde existen sistemas de salud con más de cincuenta, sesenta y setenta años, y estos temas están en debate. O sea, necesariamente, es un tema que requiere permanentemente levantar la mira, definir claramente el rumbo y tratar de lograr consensos en que ese sea el rumbo y que no se generen decisiones en función de determinadas contingencias.

Eso es lo que vamos a hacer ahora. En los primeros días de mayo, vamos a generar una instancia de evaluación, porque todos somos conscientes de que no podemos dar por bueno todo lo que se está gastando en salud y que, por lo tanto, de lo que se trata es de cómo consigo más dinero. Acá se hicieron algunas referencias. El gasto en publicidad es de US$ 12.500.000: se incorporó febrero. A eso, hay que sumarle todos los gastos vinculados con la promoción y toda la estructura de captación de afiliados que las instituciones generaron. Pero, además, este es un tema que va más allá del denominado “corralito” y que tiene que ver con que hay total conciencia en todos los actores de salud de que hay una sobreutilización irracional de los recursos, en una cultura en la cual más médicos, más especialistas, más medicamentos, más tecnología, más equipamiento, “más, más, más”, tiene algo que ver con la calidad, cuando está demostrado en el mundo que eso no tiene absolutamente nada que ver con la calidad. Es más: hay muchos países donde los porcentajes del PBI destinados al sector salud duplican el nuestro y tienen peores indicadores sanitarios. En realidad, hay toda una corriente a nivel internacional, del primer mundo, donde hay sistemas como el inglés o el francés, que son sistemas potentes, según la cual el criterio es que menos es más, donde se trabaja para que en ese primer nivel de atención se resuelvan las principales problemáticas que tiene la población, para que los problemas se resuelvan donde se tienen que resolver y no se sobreutilicen especialistas, tecnología, equipamiento, etcétera.

En realidad, esto no es algo sencillo, porque tiene que ver con la formación de los recursos, con una cultura y con innumerables intereses que juegan a los efectos de incorporar esa cultura, según la cual, si cuando uno va a consultar al médico no sale con un montón de recetas y de exámenes, tiene una presunción de que no logró resolver adecuadamente su problema sanitario.

Entonces, no damos por bueno todo lo que estamos gastando en salud. Tenemos una discusión muy fuerte en torno al tema de las cápitas. Recordemos que cuando se construyeron las cápitas, al principio de la reforma, se hizo en base al Sistema Nacional de Información -Sinadi-, dando por bueno lo que se gastaba, pero solamente en el sector privado, porque el sector público no tenía ningún sistema de información, no existía en ASSE ningún tipo de información. Ahora, estamos construyendo información desde ASSE, precisamente, para empezar a identificar los verdaderos costos asistenciales. Pero estos temas están en

permanente debate y discusión a la hora de poder separar las aguas y ver qué realmente tiene que ver con las necesidades sanitarias y qué cosas tienen que ver con otras lógicas de mercado que existen en nuestra sociedad, pero no tenemos necesariamente que darlas por buenas para que las pague la sociedad.

Entonces, en este desafío, respecto a la sobrecuota de inversión anterior -cuya ejecución hay tres instituciones que todavía no la culminaron, es decir, que están pendientes de ejecutar la sobrecuota anterior, iniciada en 2013-, si hay alguna institución que no cumple, se le descuenta la sobrecuota. Hay un control y un monitoreo permanente sobre el nivel de ejecución. Cuando esto se presentó, allá por 2015, había un volumen importante de instituciones que aún estaban a medio camino en la ejecución. Obviamente, esa cantidad se redujo con el paso del tiempo; reitero: solo quedan tres instituciones que tienen pendiente la culminación. Y nosotros estamos trabajando con la idea de que necesitamos -reitero- identificar las maneras en las cuales el Estado, a través de sus múltiples organismos, puede tener un mayor control, en términos de calidad, con indicadores, con sistemas de información potentes, para que las instituciones compitan en términos de calidad y sea un factor estimulante para las buenas prácticas en todo el sistema de salud y de manejo del gasto, superando el clásico balance terminado.

Esos son desafíos que necesariamente debemos ver la forma de resolver. Entendemos que son muy importantes para el sistema, para seguir profundizando el sistema y seguir estando tranquilos de que el dinero va a donde la población necesita que vaya. Y en el marco de la discusión de qué Estado necesitamos, de qué eficiencia de Estado necesitamos, debemos definir cómo tenemos potentes sistemas de información, cómo tenemos algunas estructuras livianas, pero potentes en materia de profesionalización en administración de la gestión de los recursos, y cómo tenemos instrumentos que apunten a la complementariedad y no solamente a la competencia entre los cuarenta y tres prestadores, en una lógica que alienta a la ineficiencia en términos de dineros públicos.

En el contexto en el que nos encontramos, queremos rescatar que son temas muy importantes que oportunamente deben resolverse para seguir dándole un norte a lo que queremos, que es que mejore el sistema, que sea cada vez más integrado y que tengamos, como organismo del Estado y como organismo regulatorio, un mayor control, con sistemas de información potentes y no exclusivamente con lo que surja a partir de voluntarismos o de trabajo más o menos artesanal, que es algo que no tolera el siglo XXI ni la responsabilidad política que tenemos con esta reforma.

SEÑOR ECHEVARRÍA (Arturo).- Me voy a referir a los controles del uso del dinero por las instituciones.

Quiero aclarar que la forma en la que se hace el desembolso es en función de la cantidad de afiliados y como un porcentaje de las cápitas. O sea, luego de que el proyecto es aprobado y se inicia este proceso, la cantidad a recibir por las instituciones, de alguna manera, se separa de cómo va la ejecución de la obra. En el proceso de una obra civil, una construcción, el flujo de caja es muy desigual. Puede suceder que yo comience con un desembolso muy fuerte porque hago una compra importante de los materiales que voy a necesitar y que, después, me quede solo con mano de obra; o sea, es muy variable cómo cada obra se puede ir ejecutando.

Entonces, nosotros vamos controlando que no haya un desfase entre la plata que le damos a la institución y la que es ejecutada. Si lo que recibe la institución para las obras es más de lo que ya ejecutó, verificamos que esa plata esté en la cuenta corriente que se destina a ese tema por parte de la institución como forma de no utilizar el seguro para el funcionamiento normal de la institución. Pero puede pasar que quede para el final el compromiso del 30%. En términos generales, no nos pasa eso, porque al día 31 de diciembre -fecha del informe que tengo-, el Fondo puso un 66% de la inversión realizada y las instituciones, un 34%, por diferencias.

Pero mirado desagregadamente, por institución, hay instituciones que todavía tienen fondos para ejecutar de la parte por la que tienen compromiso del 30%, y eso sí lo tenemos que seguir controlando hasta que veamos la obra ejecutada, por lo menos, en la proporción que corresponde, para que no amerite -como podría llegar a ser posible- una devolución por no haberse cumplido con lo comprometido.

SEÑOR PRESIDENTE.- No nos queda otra cosa que agradecerles. Obviamente, van a recibir la versión taquigráfica de esta sesión y de las que puedan estar relacionadas con este tema. Seguiremos tratando el tema y recibiendo a alguna otra delegación.

SEÑOR RODRÍGUEZ (Conrado).- Quizás lo dijeron al principio de su alocución y me disculpo por mi llegada tarde, pero quisiera saber cuál es la cifra oficial del déficit que tiene actualmente el Fonasa. Formulo esta pregunta porque me gustaría que quedara constancia en la versión taquigráfica de esta sesión.

SEÑOR ECHEVARRÍA (Arturo).- Partiendo de la definición que hacemos de que es el aporte del Gobierno central al sistema de salud, desde nuestro punto de vista, no es un déficit, sino la complementación de estos ingresos que se nombraban anteriormente, es decir, lo que aportan los trabajadores y los empresarios, de acuerdo con los porcentajes establecidos y haciendo las deducciones correspondientes cuando hay exceso de aportes, contra la cuota salud, con sus componentes cápita y metas, sobrecuota de inversión. Si hay una diferencia, poniéndose realiza el aporte por Rentas Generales. El último informe, de diciembre de 2016, indica una cifra de $ 16.807.568.940.

SEÑOR VALLCORBA (Martín).- Ya que estamos con el tema, quisiera hacer un comentario que también hemos hecho otras veces.

En lo que son los grandes números, una vez que se aprobó por parte del Parlamento la incorporación de los jubilados y pensionistas a la cobertura del Seguro Nacional Integrado de Salud, las proyecciones que se hicieron en aquel entonces -estamos hablando del año 2011, si mal no recuerdo- ya preveían un incremento de ese resultado negativo a ser cubierto con aporte de Rentas Generales. En aquel entonces, ese aporte de Rentas Generales estaba virtualmente equilibrado y era muy pequeño y estimábamos que iba a llegar a ser del orden del 1% del producto. La evolución que hemos observado desde ese entonces ha estado muy en línea con lo que fueron las proyecciones originales, con pequeños desvíos. La cifra que señalaba el economista Echevarría equivale a unos US$ 579.000.000 -depende del tipo de cambio que uno tome-, que están en línea con lo que fue la proyección original.

Es cierto que hay un impacto derivado del ingreso del último colectivo, que no está totalmente incorporado en ese resultado, porque se incorporó en julio y, por lo tanto, solo tenemos seis meses. Pero, en líneas generales, el mensaje que me parece importante trasmitir es que este resultado no es una novedad ni una sorpresa, sino que estaba dentro de lo que fueron las previsiones que se hicieron cuando se tomó una decisión política de incorporar un colectivo que se sabía que por su naturaleza y por las diferencias entre los aportes que realizaban y el costo de la cobertura iba a significar un esfuerzo importante de recursos públicos. Y luego, de alguna manera, la evolución ratificó lo que fue esa trayectoria con desvíos que son absolutamente marginales para lo que fueron los grandes números que se hicieron hace seis años.

SEÑOR PRESIDENTE.- Dado que se pidió que quedara la constancia en la versión taquigráfica de cuánto era el aporte del Estado al financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, en este caso, del Fonasa, quisiera saber con respecto a cuántos afiliados por Fonasa implica ese déficit, así podemos hacer algún cálculo de cuánto nos cuesta esto y cuánto nos cuestan otros déficit que también tenemos.

SEÑOR VALLCORBA (Martín).- Estamos hablando de que hay aproximadamente 2.500.000 usuarios con cobertura de Fonasa, tanto afiliados a las instituciones privadas como los que han optado por la cobertura de ASSE.

SEÑOR PENADÉS (Gustavo).- Me gustaría que nos pudieran separar cuántos son usuarios de ASSE dentro del Fonasa y cuántos del sistema privado de salud.

SEÑOR ECHEVARRÍA (Arturo).- Son aproximadamente 2.100.000 los usuarios que han optado por el sistema privado y 400.000 por el sistema público.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia y dedicación que han tenido con esta Comisión para responder sobre los temas que estaban en consulta.

(Se retiran de sala autoridades de los Ministerios de Salud Pública y de Economía y Finanzas, y de la Junta Nacional de Salud)

——Tenemos este proyecto y otros para considerar, y debemos acordar cómo continuar.

SEÑOR GANDINI (Jorge).- Sobre este tema que venimos considerando desde hace tiempo -como decíamos, va a cumplir un año en comisión-, ya hemos dado cuenta de las audiencias. Han pasado por aquí las

autoridades públicas y el sector privado vinculados al tema y han dado su visión y su opinión. Aparentemente, no hay cuestionamiento sobre el texto ni dudas al respecto. Por lo tanto, creo que estamos en condiciones de votarlo o, por lo menos, fijar reglas de juego claras para el sector y decir con claridad si el Parlamento acompaña o no un aumento de la cuota, porque las instituciones dejaron muy claro aquí que necesitan saber eso con tiempo, para su planificación. Hace mucho tiempo que este el proyecto, que tiene iniciativa del Poder Ejecutivo, está en el Parlamento. Por lo tanto, propongo que lo consideremos hoy y, si no es así, que sea el primer punto del orden del día de la próxima sesión.

SEÑOR SÁNCHEZ (Alejandro).- Está bien lo que dice el diputado Gandini, se ha agotado la ronda de conversaciones, pero la bancada del Frente Amplio entiende que este proyecto deberíamos ponerlo en el orden del día de la próxima sesión. De hecho, no ganamos nada votándolo ya porque hoy es la última sesión de cámara, luego viene semana de turismo. No tenemos apuro; podemos dejarlo para la próxima sesión de la comisión y entonces considerarlo. Además, de esta manera, el Frente Amplio ya tendrá posición respecto a esto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si bien hemos recibido las opiniones de las instituciones y del Poder Ejecutivo, hubo dudas con respecto a la oportunidad. Por lo tanto, incorporaremos estos temas, cada bancada dirá cómo seguimos y lo haremos saber -cualquiera sea la solución- al Poder Ejecutivo y a las instituciones.

Además, tenemos el proyecto de ley sobre tarjetas de crédito. En la ocasión en que concurrió el Banco Central del Uruguay no dio el tiempo para tratar este asunto porque el tema Cambio Nelson nos llevó toda la sesión. Las autoridades del Banco Central informaron que podrían venir a la próxima sesión, el miércoles 19 de abril. Nosotros quisiéramos invitar también a las autoridades del Banco República -actor principal en este proceso de las tarjetas de crédito-, al Ministerio de Economía y Finanzas -que ha monitoreado e impulsado la inclusión financiera- y, eventualmente, a la Asociación de Empleados Bancarios del Uruguay, quienes manifestaron su inquietud de venir a la comisión aunque no la han concretado oficialmente. Asimismo, existen varias solicitudes de audiencia: de la Asociación Nacional de Empresas de Transporte Carretero, de las Cooperativas Nacionales Financieras, de la Confederación Empresarial del Uruguay y de Cambadu.

En definitiva, en la próxima sesión vendría el Banco Central y se podría incluir también al Banco República, para luego ver las invitaciones al sector empresarial, desde el punto de vista comercial. En función de esto, armaremos el calendario.

(Apoyados)

——Quiero recordarles también que ha ingresado el proyecto de zonas francas aprobado por el Senado de la República.

SEÑOR GANDINI (Jorge).- Quisiera saber si todas estas delegaciones son por el tema de las tarjetas de crédito porque me da la impresión que la solicitud de Confiar tiene otro propósito, es por otro tema. Los bancos y las organizaciones vienen por el tema de las tarjetas, pero creo que lo de Confiar es aparte.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entendí que era por el mismo.

SEÑOR SÁNCHEZ (Alejandro).- Viene por el tema de la inclusión financiera.

(Diálogos)

SEÑOR RODRÍGUEZ (Conrado).- En el día de ayer la Comisión Especial de Cooperativismo trató el asunto. Se invitó a las autoridades del Ministerio de Economía y Finanzas, quienes concurrieron y dieron su parecer con respecto a la inclusión financiera, específicamente, al orden de prioridad que tienen las cooperativas para poder retener y el monto de intangibilidad de los salarios; o sea, para los préstamos que hacen las cooperativas de ahorro y crédito y lo que pueden retener sobre los salarios. Por tanto, este tema lo está tratando la Comisión Especial de Cooperativismo. A lo mejor, lo que correspondería, es derivar esta audiencia para esa comisión.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si fueron recibidas las cooperativas y el Ministerio de Economía y Finanzas, parecería que el tema a nivel parlamentario ya está tratado.

SEÑOR SÁNCHEZ (Alejandro).- He tenido conocimiento de que han sido convocados a la Comisión Especial de Cooperativismo, pero me parece que eso no va en contra de los ámbitos de cada una de las comisiones. Una de las cosas que están planteando las cooperativas -y fue parte de la discusión pasada- tiene que ver con la ley de inclusión financiera que aquí se votó porque toda la discusión sobre lo intangible y sobre el acto cooperativo fue parte de un debate que se dio en el seno de esta Comisión.

Creo que independientemente de que la Comisión Especial de Cooperativismo esté tratando el tema, esto tiene que ver más con otro aspecto; más allá de que estemos hablando de un sector cooperativo, tiene que ver con el funcionamiento de la ley de inclusión financiera.

Sería bueno que esta Comisión los recibiera; ese día, además, podríamos invitar a los miembros de la Comisión Especial de Cooperativismo para que estén presentes y así trabajar en conjunto.

Estuve en Juan Lacaze y una de las intenciones de Confiar es venir a hacer una exposición que tiene que ver no solo con el planteo concreto que hace al acto cooperativo, sino a informar la situación en la que se encuentra el sector cooperativo luego de la aprobación de la ley de inclusión financiera.

(Diálogos)

SEÑOR PRESIDENTE.- Me aclara Secretaría que ya tendríamos una entrevista concertada en relación a las tarjetas de crédito; habría que agregar al Banco República y a las instituciones empresariales que están interesadas.

Quiero recordarles que en el primer Período de esta Legislatura se planteó la necesidad de eliminar los asuntos a estudio de la Comisión que ya no tienen sentido; sin embargo, seguimos con la misma cantidad de proyectos de la legislatura anterior. Por tanto, solicitamos a las bancadas que manifiesten cuáles les interesan; los demás serán archivados.

Se levanta la reunión.